

Delta Dental of New York

One Delta Drive Mechanicsburg, PA 17055-6999 SIGN BELOW FOR PREDETERMINATION * OR PAYMENT **

STAPLE X-RAYS TO FORM

選 ·	(/ 1/ / / / / / /	8500 (800) 932-0783 (T	,	555	J JJU2,													
-	I, PATIENT NAME					2. RELATIONSHIP TO SELF SPOUSE	O EMPLOYEE CHILD OTHER	J. SEX	IMPORTANT 4. PATIENT BIRTHDAT	TE	5. IF	FULL TIME STU	DENT OVER	19 YEARS OF AC	GE, CIVE	СПҮ		
								-	MD. DAY YE									
EL						į	<u> </u>				<u> </u>							
	entroles.	LAST				FII	RST		MIDDLE INT.			7. EMPLOYER	IMPO SOCIAL SE	RTANT CURITY NUMBER	.	and and thorough and	****	201- 2006 Gir 1811
	SUBSCRIBER NAME	ļ														An Agic Call Talk (80)	1.	An and the same of the same
<u>-</u>		 							9. EMPLOY	YER (CO	мрану	NAME AND A	obness			S Nat 40 138 XX	2	All CHICK OF TY KA
7	EMPLOYEE HOME ADDRESS															T the second second	W- sent Acc and	1 100 2 2 4
ri ur		! !														S	A 40 A 40 A	1 - 1744 - HT - 79 - 58
	CITY, STATE	1													- 1		美術養養婦	
Œ	ZIP	Ĺ						710.0	005							OR	6	91 10 (MILL 180 1 179 1 MILL
<u>-</u>	10. GROUP NUMBER	A STEED WHEN SON HETE	aryary.	3 11	, DEŁTA - COVI	ERED 12.5P	DUSE NAME	ZIP C	ODE _								E BIRTHDA'	
空		IF PATIENT GOVERN ANOTHER DESIGNAL COMPLETE TIENES	DAN -	E M	MPLOYEE BIRT	THDATE YEAR										MO.	DAY	ҮЕАП
1		announi et 🗀																
-		14. NAME AND ADDRESS OF	CARRIER											15. 8	POUSE SOCIAL	SECURITY	NUMBER E	
7	į	į													ł		1	
5555		<u> </u>	# 2 3x 344	A						きゃまか	4.4	**************************************	A STATE OF S	******	*******	李·安·罗	************************************	
A 3	***************************************	Y	7 7 7 10	w	ada 40.76 136-86.9			\ \	IS TREATMENT RESULT	NO	YES			SCRIPTION AND			表次海滨海	
	DENTIST NAME	[!						Ì	OF OCCUPATIONAL (LLNESS OR INJURY?			DATES						
L.		! ! 														* *		
ı		İ							IS TREATMENT RESULT OF AUTO ACCIDENT?									
	MAILING ADDRESS	1								1						中海 等 第 章 章 章 章 章 章 章 章 章 章 章 章 章 章 章 章 章 章	新教的から 第4条	新疆等 。
H		ļ							OTHER ACCIDENT?						1 2 2 2 2 2	**************************************		
- 1	CITY, STATE ZIP	[タマボ 不 不 示 か 分 を 等 を を を の し か	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *		
L		<u> </u>				<u> </u>		_4	IF PROSTHESIS, IS THIS INITIAL PLACEMENT?	NO	YES	IF NO. ENTER REPLACEME	REASON F	Off	看你你 你 永永	****		200
DEJITIST SOC. SEC. NO. OR FED. IDENT. NO.				DENTIST LICENSE			DENTIST PHONE NO.									本部 條 粉件	海海海豚	
															全新華 养養 帝	1 16 16 16 16 16 16 16 16 16 16 16 16 16	***	
\vdash	FIRST VISIT DATE CURRENT SERIES		FLAC	E OF TRE	ТИЗМТА	RA	ADIDGRAPHS OR	HOW	DATE OF PRIOR PLACEME						*****			
	CURRENT SERIES		OFFICE	l ou	HER	ilio	DDELS EXCLOSED?	MANY?	IS TREATMENT FOR ORTHODONTICS?	ND	YES				***			
						No C	☐ YES ☐		IF SERVICES ALREADY CO		ED, EM	EA:			(2)	被將傳答	经验 资金	卷音卷卷
22	中央原金 衛 衛 新安全市	· 大学 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	有 全分数	学学 类	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	*******	*******	素素等級	DATE APPLIANCES PLACE								M 6-4 4-3	秦秦秦秦
4.8	00 00 00 100 100 100 00 00 100	MISSING TEETH WITH "X"	2,41,41				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		MONTHS TREATMENT REM						2 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	F 180 180 180 180 180 180 180 180 180 180	- 807 Mills Rt 105 105	\$ \$500 - 1000 - 1000 · 1000 · 1
	(1-11)	FACIAL			EXAMINA	ION AND THEAT	MENT HECOHO - CIST	TM OHDEH	FROM TOOTH NO. 1 T	ннои			1 2 7	HIMG STSTE	M SHUWN.		新安全海 接	1.5
	_	_{ක්} ගම්ම්හත		TOOTH # OR	SURFACES MOI			n Of Serv				DATE SERVICE PERFORMED	推機	ADA PROCEDURE	FEE		多多多多类	
	als			LETTER	PLF	Including X-Rays, Prophylaxis, Materials Used, Etc.					D. DAY Y	用. 「养浴 用.	NUMBER	ree		E 4 多 6 表		
	200	7 5 9 10 (9)	9								十	1 1	100		· · · · · · ·	į.	****	
		260 L	<u>み</u>				v						(非)				5.00 在 30 位 5.00	
		DD DO 12	V		ar-, 1007-1007-1004-100-100		N. 100 - 20. 100 -	4				<u> </u>	等後	account care our -account -				10条金条箱
	1 60° 60° ° ° ° ° ° ° ° ° ° ° ° ° ° ° ° °		:4(O)					3			. 1 .		**		l		法法律被推	
1	A-3 /A-3		·· 🖳														minutes and annual series	等"秦"秦 海
	W W	LINGUAL	15 (5)	,									安徽	1 105 15 15 15 16 16 1				
1		LINGUAL	15 (5)		······································			.4										
	@	LINGUAL	15 (D) 16 (D)		w			**************************************							AMATON 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 10			
		LINGUAL	16 🔯								**************************************							
			16 🔯		NOT-1889 - PRINCE PRINC			**************************************										
	RIGHT		16 🔯					**************************************										
	RIGHT		15 (D)					ST S										
			PEHMANENT (AME - 1000 - 1000 - 1				5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5										
	RIGHT	PRIMARY	PEHMANENT (ST S										
	LOWER LING	PRIMARY &	16 🔯				W 10011W 1801 / N 11001 / W 11001 / WW 10001 / WW 10001	5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5										
	LOWER LING	PRIMARY	PEHMANENT (200 - 200 -				9 7 0 0										
	LOWER LING	PRIMARY &	PEHMANENT (5 5 6 0 14 11										
	LOWER LING	PRIMARY &	PEHMANENT (5 7 6 0 (d) 11					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
	LOWER LING	PRIMARY &	PEHMANENT (5 5 6 0 14 11					を 12 mm 2					
	LOWER LING	PRIMARY &	PEHMANENT (5 7 6 0 (d) 11										
	LOWER LING	PRIMARY &	PEHMANENT (5 5 7 6 0 10 11 12 13										
	RIGHT E	FACIAL	PEHMANENT (D)(C)					5 5 7 6 6 6 11 12 13 14 15 16					在					
	RIGHT E	FRIIMARY LE	PEHMANENT (D)(C)					5 6 7 6 9 6 10 11 14 13 14 15 16										
-	RIGHT E	FACIAL	PEHMANENT (D)(C)					5 6 7 6 0 11 12 13 14 14 15 16										
-	RIGHT E	FACIAL	PEHMANENT (D)(C)					5 6 0 11 11 12 13 14 15 16 17 16 10 10										
	RIGHT E	FACIAL	PEHMANENT (D)(C)					5 5 7 6 9 43 11 12 13 14 15 16 17 7										
	RIGHT E	FACIAL	PEHMANENT (D)(C)	New	3/k lipsitrano			5 6 7 6 0 14 11 12 13 14 15 16 17 18 10 20 20 20	n claim form: Any pages	Who ke	Owini	and with feet						
	RIGHT E	FACIAL	PEHMANENT (D)(C)	to defra	aud any insur	ance company or ol	the following stalement I there person, files an appli	5 5 7 6 0 0 140 131 142 13 14 15 16 17 7 7 8 10 0 0 placed of scallon for facility of the scallon faci	n claim form: Any person surance or statement of c	claim co	nta[nin	g any materia	ant and					
+0.50	RIGHT E	FACIAL	PEHMANENT (D)(C)	to defra false in insurar	aud any insur domation, or neo oct, which	ance company or of conceals for the pu i is a crime, and sho	the following statement I her person, tiles an appli	5 5 7 6 9 44 13 14 42 13 14 13 14 13 14 15 16 17 17 18 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19	n claim form: Any person surance or statement of committee or statement of committee and the committee of the through any fact material to to oxcood five thousand	claim co I thereto	ntainin o, com	g any materia nila a fraudule	nt why had					
+0-00-00	RIGHT E	FACIAL	PEHMANENT (D)(C)	to defra false in insurar	aud any insur domation, or neo oct, which	ance company or of conceals for the pu	the following statement I her person, tiles an appli	5 5 7 6 9 44 13 14 42 13 14 13 14 13 14 15 16 17 17 18 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19	surance or statement of c iceming any fact material	claim co I thereto	ntainin o, com	g any materia nila a fraudule						
***************************************	FIGHT	FACIAL FOR UNUSUAL SERVICES	PEHMANENT (D)	to defra false in insurar of the o	aud any insun dermation, or nco act, which dairn for each	ance company or al concests for the pu i is a crime, and sho i such violation.	the following statement the person, files an appliance of misleading, into all also be subject to a cit.	5 6 7 6 6 7 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6	isurance or statement of of icenting any fact material not to exceed five thousan	claim co I thereto nd dellas	ntainin o, comm rs and	g any materia nila a frauduk the slated val						
+0-00-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0	FIGHT	FACIAL FOR UNUSUAL SERVICES	PEHMANENT (D)	to defra false in insurar of the o	aud any insun dermation, or nco act, which dairn for each	ance company or al concests for the pu i is a crime, and sho i such violation.	the following statement I the person, files an appli ripose of misleading, infe it also be subject to a ci	5	isurance or statement of occurring any fact material and to oxceed five thousand the state of th	claim co I thereto nd della: IST'S RMAT	ntainin o, comm rs and S ST FION	g any materia nila e fraudule the stated val ATEMEN RELATE						
יייייייייייייייייייייייייייייייייייייי	FIGHT	FACIAL	PEHMANENT (D)	to defra false in insurar of the o	aud any insun dermation, or nco act, which dairn for each	ance company or al concests for the pu i is a crime, and sho i such violation.	the following statement I her person, files an applingers of the first state of the first	5	isurance or statement of o iceming any fact material not to exceed five thousan "ENDING DENT EASE OF INFOR FY TRUTH OF	claim co I thereto nd dollar IST'S RMAT	ntaining, commerce and	g any materia nila a frauduk the stated val ATEMEN RELATE ERSONA	nat little and the state of the	HARGED	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
ליס-סר-סגיסף ואויטים ואויטי	RIGHT W O 12 O 31 O 29 20 27 REMARKS PREDETERMIN THE TREATMEN AND I REQUEST	FACIAL FOR UNUSUAL SERVICES	PEHMANENT (D)	to defra false in insurar of the o	aud any insun dermation, or nco act, which dairn for each	ance company or al concests for the pu i is a crime, and sho i such violation.	the following statement liber person, files an appliance of misleading, into it also be subject to a cit of the company of the	7 6 0 44 11 11 12 13 14 13 14 15 16 17 18 10 10 10 10 10 10 11 11 11 11 11 11 11	surance or statement of of comming any fact material not to exceed five thousan TENDING DENTILEASE OF INFORFY TRUTH OF TAINED ABOVE.	claim co I thereto nd dollar IST'S RMAT = AL . I A	ontaining of commerce and STON LPGRE	g any materia nils a frauduk the stated val ATEMEN RELATE ERSONA E TO B		HARGED PATIENT	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
*5-50-6:00-1 NOOL NOOL NOOL NOOL NOOL NOOL NOOL NOO	FIGHT	FACIAL FOR UNUSUAL SERVICES	PEHMANENT (D)	to defra false in insurar of the o	aud any insun dermation, er ico act, which paire for each	ance company or al concests for the pu i is a crime, and sho i such violation.	the following statement I her person, lifes an applitude of the state	5 6 7 6 9 14 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	surance or statement of ciceming any fact material not to exceed five thousand the state of the	I ST'S RMAT AL I A	S ST FION L P GRE	g any material and the stated value of the sta		HARGED	等等等等等等等等等等等等等等等等等等等等等等等等等等等等等等等等等等等等等			
ייים ייי	PHEDETERMIN THE TREATMEN AND I REQUEST SIGNATURE	FACIAL FOR UNUSUAL SERVICES NATION OF COSTS NY LISTED IS NECESSARY T PREDETERMINATION OF	PEHMANENT 17 18 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19 19	to defra false in insurar of the o	aud any insun itemation, or ice act, which claim for each ONAL JUDG	ance company or of conceals for the purit is a crimo, and she a such violation. SMENT,	the following statement I her person, lifes an applitypose of misleading, info til also be subject to a cital also be subject to	5 6 7 6 9 14 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	surance or statement of ciceming any fact material not to exceed five thousand the state of the	I ST'S RMAT AL I A	S ST FION L P GRE	g any material and the stated value of the sta	int light to the l	HARGED PATIENT PAYS DELTA				
ייים ייי	PRIEDETERMIN THE TREATMENT AND I REQUEST DEMTST SIGNATURE ** TREATMENT THE TREATMENT	FACIAL FOR UNIUSUAL SERVICES NATION OF COSTS INTLISTED IS NECESSARY T PREDETERMINATION OF COMPLETED - PAYM INTLISTED ABOVE WAS INTLIBUTED ABOVE WAS INTLISTED ABOVE WAS INTLIBUTED AB	PEHMANENT 17 18 19 19 19 19 19 19 19 19 19	to defra false in insurar of the o	aud any insun formation, or ice act, which claim for each ONAL JUDG	ance company or of conceals for the put is a crime, and she such violation. SMENT, DATE MY FORM THE	the following statement I her person, files an applingers of the file of the f	5 6 7 6 9 14 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	surance or statement of ciceming any fact material not to exceed five thousand the state of the	I ST'S RMAT AL I A	S ST FION L P GRE	g any material and the stated value of the sta		HARGED PATIENT PAYS DELTA PAYS				
ייים ייי	PRIEDETERMIN THE TREATMENT AND I REQUEST DEMTST SIGNATURE ** TREATMENT THE TREATMENT	FACIAL FOR UNUSUAL SERVICES	PEHMANENT 17 18 19 19 19 19 19 19 19 19 19	to defra false in insurar of the o	aud any insun formation, or ice act, which claim for each ONAL JUDG	ance company or of conceals for the put is a crime, and she such violation. SMENT, DATE MY FORM THE	the following statement I her person, lifes an applitypose of misleading, info til also be subject to a cital also be subject to	5 6 7 6 9 14 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	surance or statement of ciceming any fact material not to exceed five thousand the state of the	I ST'S RMAT AL I A	S ST FION L P GRE	g any material and the stated value of the sta		HARGED PATIENT PAYS DELTA PAYS			のできる。 のでを。 のできる。 のでを。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のでを。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のでる。 のできる。 のでを。 のでを。 のでを、 のでを。 のでを、 のでを。 のでを。 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを。 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでで。 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のでで。 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、	
אברים. היים	PRIEDETERMIN THE TREATMENT AND I REQUEST DEMTST SIGNATURE ** TREATMENT THE TREATMENT	FACIAL FOR UNIUSUAL SERVICES NATION OF COSTS INTLISTED IS NECESSARY T PREDETERMINATION OF COMPLETED - PAYM INTLISTED ABOVE WAS INTLIBUTED ABOVE WAS INTLISTED ABOVE WAS INTLIBUTED AB	PEHMANENT 17 18 19 19 19 19 19 19 19 19 19	to defra false in insurar of the o	aud any insun formation, or ice act, which claim for each ONAL JUDG	ance company or of conceals for the put is a crime, and she such violation. SMENT, DATE MY FORM THE	the following statement I her person, files an applingers of the file of the f	5 6 7 6 9 14 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	surance or statement of ciceming any fact material not to exceed five thousand the state of the	I ST'S RMAT AL I A	S ST FION L P GRE	g any material and the stated value of the sta		HARGED PATIENT PAYS DELTA PAYS	PLIED		のできる。 のでを。 のできる。 のでを。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のでを。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のできる。 のでる。 のできる。 のでを。 のでを。 のでを、 のでを。 のでを、 のでを。 のでを。 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを。 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでを、 のでで。 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のでで。 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、 のででを、	